EXTRAIT DU BULLETIN DE L'ACADÉMIE DES SCIENCES DE CRACOVIE
CLASSE DES SCIENCES MATHÉMATIQUES ET NATURELLES. SÉRIE *B*: SCIENCES NATURELLES
AVRIL—JUIN 1918

Contribution à l'étude de la constitution des organes génitaux de la femme

par

A. Rosner
Alexander

CRACOVIE
IMPRIMERIE DE L'UNIVERSITÉ
1918

Publié par l'Académie des Sciences
sous la direction de M. Vladislas Kulczyński,
Secrétaire de la Classe des Sciences Mathématiques et Naturelles.

Kraków, 15 grudnia 1918.

Nakładem Akademji Umiejętności.
Drukarnia Uniwersytetu Jagiellońskiego pod zarządem Józefa Filipowskiego.

EXTRAIT DU BULLETIN DE L'ACADÉMIE DES SCIENCES DE CRACOVIE
CLASSE DES SCIENCES MATHÉMATIQUES ET NATURELLES. SÉRIE *B*: SCIENCES NATURELLES
AVRIL—JUIN 1918

Contribution à l'étude de la constitution des organes génitaux de la femme

par

A. Rosner

CRACOVIE
IMPRIMERIE DE L'UNIVERSITÉ
1918

Studja nad konstytucją narządów płciowych kobiecych. — Contribution à l'étude de la constitution des organes génitaux de la femme.

Mémoire

de M. **ALEXANDRE ROSNER,**

présenté, dans la séance du 6 Mai 1918, par M. E. Godlewski fils m. c.

I.

Dans son ouvrage sur la constitution et l'hérédité, M. Martius se demande si les gynécologues, en étudiant la pathogénèse des maladies de la femme, le font en s'appuyant par principe sur la connaissance de l'état constitutionnel des organes génitaux. Il faut bien répondre négativement à cette question. Mais cette circonstance pourrait nous surprendre car ces organes se prêteraient beaucoup plus aisément à une étude faite à ce point de vue que tant d'autres organes qui cependant ont été étudiés beaucoup plus souvent par les pathologistes et les cliniciens.

Cette facilité comparative d'étude à laquelle nous faisons allusion tient à ce que la morphologie, la physiologie et l'évolution des organes génitaux se prêtent évidemment à une détermination plus facile. La palpation, en effet, nous renseigne sur les qualités morphologiques (ovaires, trompes, matrice), la connaissance des fonctions (menstruation, gravidité, accouchement) sur l'état physiologique, celle enfin de l'âge du développement de la jeune fille et celui de la ménopause sur l'évolution des organes génitaux.

On ne peut pas prétendre, assurément, que, dans tous les cas, l'état constitutionnel détermine des modifications dans les qualités précédentes puisque certaines maladies peuvent d'elles-mêmes pro-

duire le même résultat. Mais l'état constitutionnel (nonobstant les maladies qui auraient pu intervenir antérieurement) l'emporte cependant pour la connaissance de ces qualités modifiées.

Définissons donc, avec M. Tandler, l'état constitutionnel en disant que: „les qualités individuelles somatiques déterminées au moment de la fécondation représentent la constitution de l'individu. Implicitement" ajoute-t il „je comprends par constitution les qualités personnelles morphologiques et physiologiques du nouvel être, abstraction faite des caractères d'espèce et de race. La constitution ainsi entendue est donc, pour chaque individu, invariable et ne peut subir aucune modification de la part des agents qui pourraient agir sur le soma; elle est le destin somatique de l'individu". Et plus loin il ajoute: „tout ce qui, dans un individu donné, peut être modifié par des influences extérieures n'est pas sa constitution, mais sa condition".

Comment appliquer cette définition à l'étude des organes génitaux?

D'après ce qui précède, la constitution de ces organes est déterminée par les qualités morphologiques, physiologiques et évolutives, abstraction faite des caractères de la race et de l'action que les facteurs extérieurs auraient pu exercer. Il est quelquefois bien difficile de décider si ces facteurs ont modifié les qualités en question; l'absence de ces facteurs ne conduit qu'à une solution négative, tandis que la constatation de l'hérédité des qualités dont il vient d'être question conduit à un résultat positif.

Seul le gynécologue nous paraît capable de distinguer une constitution normale d'une constitution qui ne le serait point, grâce à la pratique de son art qu'il a dû acquérir. Or jusqu'à présent le problème de la constitution sexuelle n'a guère été traité que par les neurologues. On en trouvera la raison dans l'ouvrage de M. Loewenfeld. Mais les neurologues commettent l'erreur de déterminer la constitution sexuelle en se fondant à la fois sur des considérations purement gynécologiques et sur des considérations neurologiques. C'est ainsi que M. Loewenfeld arrive à distinguer les quatre caractères diagnostiques suivants:

1) Le commencement et la durée des fonctions sexuelles; ceci concerne proprement la constitution des organes génitaux.

2) Les sources de l'excitation sexuelle; ceci regarde purement la constitution du système nerveux.

3) La vivacité du tempérament sexuel; c'est ce qui concerne encore la neurologie.

4) L'énergie et la résistance des fonctions sexuelles, question purement gynécologique.

Le caractère 1º et le caractère 4º conduisent à la connaissance exclusive de la constitution des organes génitaux; les caractères 2º et 3º, au contraire, nous renseignent sur la constitution érotique. Mais ces deux constitutions ne vont pas nécessairement de pair; elles peuvent même être souvent en contradiction directe entre elles. ainsi que nous essayerons de l'établir dans la suite. Aussi bien pour nous qui ne nous proposons pas de connaître la pseudo-constitution sexuelle (inexistante à nos yeux) mais bien la seule constitution des organes génitaux, les caractères diagnostiques qui comptent sont les suivants:

1) Les qualités morphologiques. c'est à dire les qualités sexuelles de premier ordre (ovaire), celles de second ordre (qui concernent les autres organes génitaux), enfin les qualités de troisième ordre (qualités somatiques féminines).

2) Les qualités physiologiques: l'énergie et la résistance des fonctions, comme l'ovulation, la menstruation, la gravidité, l'accouchement etc.

3) Les qualités évolutives, c'est-à dire l'époque du plein épanouissement et la durée des qualités précédentes.

Une nouvelle question se pose maintenant qui est celle de savoir si une constitution anormale des organes génitaux correspond dans tous les cas à une constitution anormale générale dont elle ne serait alors qu'un cas particulier. Cette question est surtout très intéressante lorsque l'on tient compte à la fois de l'anatomie des organes génitaux considérés en relation avec le reste de l'organisme et en même temps des liaisons humorales dont ces organes, du fait des sécrétions internes, sont l'objet. On trouvera au chapitre VII la réponse à la question ainsi posée.

II.

Ma longue pratique gynécologique m'a conduit à répartir les femmes, en ce qui concerne leurs organes génitaux, dans les trois catégories suivantes:

1) les individus chez lesquels la féminité présente un certain

gigantisme et qui, pour paraphraser Neusser, sont comme des éditions *in folio*,

2) les individus qui sont d'une féminité normale et

3) les individus dont la féminité est, pour ainsi dire, en miniature.

Par féminité nous entendons non seulement la morphologie mais aussi la totalité physiologique et évolutive des organes génitaux. C'est précisément cette totalité que toujours nous avons eue en vue en établissant notre classification qui bien entendu (ainsi qu'en général toute classification) demeure schématique et artificielle.

De même que l'ont constaté: Galton, dans ses études sur la population, et M. Beneke, dans ses mensurations anatomo-pathologiques, les écarts que nous avons observés se répartissent de part et d'autre de la normale, c'est à dire aussi bien en plus qu'en moins.

Il ne faut pas nous objecter que notre méthode ne soit qu'une vaste tautologie, en ce sens que nous n'aurions vérifié *a posteriori* que la présence des caractères qui nous auraient servi *a priori* pour dresser notre classification. En réalité, la classification qui part de certains caractères une fois établie, nos observations ont permis de la généraliser et de l'étendre à d'autres caractères; ce qui justifie précisément notre manière d'opérer.

Les résultats numériques que nous avons obtenus pour les trois groupes mentionnés tout à l'heure sont les suivants:

Total des observations: 455. Groupe I: 24, groupe II: 254, groupe III: 177, soit respectivement 5·2%, 55·8%, 39%.

Les nombres du troisième groupe sont particulièrement élevés, ce qui entraîne une certaine dissymétrie de la courbe de la population (Quételet), mais cette circonstance s'explique aisément si l'on considère que, dans la pratique médicale, on n'a pas affaire à une classe de femmes normales mais bien à des femmes malades, appartenant particulièrement au troisième groupe et qui réclament nos soins (stérilité, aménorrhée etc.).

III.

Les trois groupes précédents étant établis, recherchons comment se répartissent les caractères morphologiques des différents ordres, les caractères physiologiques et enfin les caractères d'évolution.

a) Caractères morphologiques.

En ce qui concerne la palpation de l'ovaire et de la trompe, nous ne pouvons rien en inférer parce que ce mode d'examen ne nous fournit pas les indications que l'histologie seule pourrait nous donner. Ainsi les études de M. Bartel et de M. Herrmann ont montré que, chez les individus hypoplastiques, $58^0/_0$ des ovaires étaient d'un développement volumineux, malgré que les follicules et les ovules fussent en voie de dégénérescence.

L'exploration de la matrice nous a fourni les indications suivantes: chez les femmes du troisième groupe (177 cas), elle était normale au point de vue de la clinique dans 99 cas ($55{\cdot}9^0/_0$), dans 78 cas ($44{\cdot}1^0/_0$) elle était hypoplastique ou infantile. Dans ces 78 derniers cas, j'ai constaté les trois types de Hégar [a) *uterus infantilis non hypoplasticus*, b) *uterus infantilis hypoplasticus*, c) *uterus hypoplasticus*]. Ce n'est que chez les femmes du dernier type que l'obésité se constate très fréquemment.

Quant au vagin, sans pouvoir donner de nombres précis, nous avons constaté, dans la majorité des cas où l'utérus était infantile, une étroitesse très caractérisée du fornix. Le fornix antérieur dans un certain nombre de cas était plat, en telle sorte que l'orifice externe semblait être en contact direct avec la paroi antérieure du vagin. Les colonnes rugueuses (*columnae rugarum*) dans les cas d'infantilisme (type *a* et *b* de Hégar) sont très développées tandis que, dans l'hypoplasie pure, les parois vaginales sont lisses.

Nous avons constaté, ainsi que nous l'avons indiqué tout à l'heure, 78 cas typiques d'infantilisme de la matrice contre 99 cas dans lesquels cet organe semblait être normal quoique ses fonctions indiquassent une certaine insuffisance. Nos renseignements ne portent que sur les dimensions et la forme; peut-on dire dès lors que, morphologiquement, ces cas soient vraiment normaux lorsque nous n'en n'avons pas fait l'étude histologique?

Quelques observations cliniques portant sur les mêmes cas démontrent que le rapport du tissu noble (muscle) et du tissu conjonctif est inférieur à la normale. C'est ce qui se présente dans les cas d'insuffisance musculaire du travail et dans les cas de rupture de la matrice pendant la grossesse. Les études histologiques de M. Bartel sur l'état hypoplastique nous présentent l'amplification du tissu conjonctif jusqu'au degré que ce savant appelle la *fibrosis*.

On peut donc admettre l'existence d'une pareille *fibrosis* pour les organes génitaux. L'examen purement clinique ne peut non plus nous renseigner sur la constitution histologique de la muqueuse utérine.

Le seul caractère de troisième ordre sur lequel portent nos observations est le développement du système pileux. Bien entendu, il ne s'agit ici que de formations pileuses définitives. Sans se rapprocher du type masculin, certaines femmes présentent des formations pileuses analogues à celle que l'on constate chez l'homme. D'après M. Tandler et M. Gross, ces caractères les rapprochent plutôt de ce que ces auteurs appellent le type asexuel du *genus Homo*.

Nous avons constaté que ces formations se présentent le plus fréquemment au mont de Vénus avec la forme caractéristique de l'homme (92 cas), au pourtour des mammelles (90), à la ligne médiane abdominale sousombilicale (71), à la lèvre supérieure (61), à la face antérieure des cuisses (41), au menton (40), aux fesses (34), aux avant-bras et les jambes (31) et enfin au sternum (21).

Les résultats globaux que nous avons obtenus sont les suivants. Sur 445 cas observés, seulement 289 (soit 65%) femmes étaient normales au point de vue que nous venons de préciser, 99 (22·2%) présentaient des formations rares en un ou deux emplacements et 57 (12·8%) étaient poilues en plusieurs emplacements et d'une façon accentuée.

Relativement à ces trois groupes, on trouve la disposition suivante:

	Groupe I	Groupe II	Groupe III
Formations pileuses atypiques nulles	91·7%	74·4%	48%
Formations pileuses atypiques rares	8·3%	24·4%	21·1%
Formations pileuses atypiques accentuées	0·0%	1·2%	30·9%

On voit d'après ce tableau que les formations pileuses sont caractéristiques du groupe III.

b) Caractères physiologiques.

Nos observations résultent ici surtout d'un interrogatoire minutieux portant sur la menstruation et, en premier lieu, sur son

abondance. Nous en avons soigneusement exclu les femmes dont l'état pathologique pouvait exercer quelque influence sur l'abondance des règles. Nous n'avons tenu compte que des sujets chez lesquels l'abondance était constante depuis une période de temps prolongée. Voici les résultats obtenus:

Règles	Groupe I	Groupe II	Groupe III
abondantes	58·3%	25·2%	14%
moyennes	41·7%	69·6%	42%
faibles ou nulles	0%	5·2%	44%

Rapporté à la faiblesse des règles. le tableau précédent peut se présenter sous la forme que voici: on constate que 85·7% des cas avec oligorrhée ou avec aménorrhée appartiennent au groupe III, tandis que le groupe I comporte seulement 13·75% de cas de règles abondantes

Fréquence des règles

La fréquence des règles est un phénomène constitutionnel dans un certain nombre de cas et assez souvent héréditaire Les constatations numériques sont facilitées ici puisque la fréquence des règles est généralement indépendante de l'état pathologique. Par mesure de précaution, nous avons éliminé tout-de-même les malades dont l'état aurait pu avoir une influence quelconque sur cette fréquence.

Voici le tableau de nos resultats:

Fréquence	Groupe I	Groupe II	Groupe III
exagérée	16.65%	3·85%	0%
normale	83·35%	91·5%	44·6%
retardée	0%	4·65	55·4%

Ces données paraissent accuser une loi analogue à celle que nous avons constatée tout à l'heure et qui concerne l'abondance de la menstruation. La négativité en effet est beaucoup plus marquée dans le groupe III où nous trouvons le nombre 55·4% de retardations. Comme tout à l'heure, mettons les mêmes donnécs sous une autre forme; voici ce que nous obtenons:

	Fréquence exagérée	Fréquence retardée
Groupe I	4 (28·6%)	0 (0%)
Groupe II	10 (71·4%)	12 (11%)
Groupe III	0 (0%)	98 (89%)

Dans le groupe III, le retard devient pour ainsi dire un caractère diagnostique constitutionnel.

La fécondité.

Pour caractériser la fécondité, il nous faut répondre aux questions suivantes:

1) la femme a-t-elle accouché? est-elle nullipare? 2) quel est le nombre des accouchements? 3) quel intervalle s'est écoulé entre le mariage et le premier accouchement? 4) quel est le nombre des fausses couches spontanées?

Avec ces données, il est encore impossible d'affirmer que l'infécondité soit constitutionnelle. Il faudrait connaître en effet 1) l'état génétique du mari (impuissance, azoospermie etc.); 2) les affections capables de compromettre la fécondité de la femme; ceci est d'un diagnostic qu'il est facile de poser au moment voulu mais qu'il est très difficile d'établir rétrospectivement; 3) les causes volontaires employées pour enrayer la fécondité. Telles sont brièvement les trois causes qu'il faudrait éliminer pour savoir s'il y a, oui ou non, infécondité constitutionnelle. Nous nous sommes abstenu de nous engager dans cette voie, d'abord parce qu'il était impossible d'obtenir de cette manière des résultats certains et surtout parce que les résultats que nous aurions pu trouver ne présenteraient pas d'intérêt suffisant au point de vue que nous avions adopté. Comme nous ne cherchons qu'à établir une comparaison des résultats relatifs à nos trois groupes, les causes dont il vient d'être question se répartissent à peu près également dans chacun d'eux. C'est ce qui permet évidemment de n'en tenir aucun compte. Cela posé, nous avons pu opérer sur un bien plus grand nombre de cas, ce qui évidemment favorise l'exactitude et la précision des valeurs moyennes.

Voici le tableau de l'infécondité absolue:

Femmes	Groupe I	Groupe II	Groupe III
qui ont accouché	100%	76%	36·7%
qui n'ont pas accouché	0%	24%	63·3%

Le nombre de 100% qui figure au groupe I ne doit pas être adopté sans réserve puisque nos observations n'ont porté que sur 24 cas.

Le tableau suivant nous renseigne sur le nombre moyen d'enfants nés de femmes appartenant aux trois groupes respectifs:

	Groupe I	Groupe II	Groupe III
Nombre d'enfants	4·9	3·4	3.

On est frappé du nombre considérable de femmes inféconds dans le groupe III et du nombre relativement faible d'enfants qu'ont les femmes fécondes du même groupe.

Plus instructif encore est le tableau qui nous fait connaître la période de temps écoulée entre le mariage et la naissance du premier enfant, pour chacun des trois groupes. Nous avons trouvé les nombres suivants.

Naissance du premier enfant	Groupe I	Groupe II	Groupe III
1re année après le mariage	90%	78·2%	52%
2me „ „ „ „	5%	13·6%	28%
3me „ „ „ „	5%	3·8%	12%
4me „ „ „ ou plus tard	0%	4·4%	8%

Dirigeons ici particulièrement notre attention sur les différences considérables des fréquences observées dans les trois groupes.

Le tableau de la fécondité chez la femme serait incomplet si nous n'envisagions pas la fréquence de l'avortement spontané. Cette fréquence est assurément beaucoup plus élevée chez les femmes du groupe III que chez celles des autres groupes.

	Groupe I	Groupe II	Groupe III
Moyenne des avortements spontanés pour chaque femme	0·54	0·6	1

Cette même moyenne rapportée au nombre d'accouchements:

	Groupe I	Groupe II	Groupe III
Nombre d'accouchements à terme rapporté à une fausse couche spontanée	9	5·6	3.

Sous cette forme, les différences de la *fréquence* des fausses

couches dans nos trois groupes sont encore plus prononcées. On comprend aisément la cause de la fréquence des avortements chez les femmes du groupe III, si l'on considère l'insuffisance musculaire de leur matrice et l'état hypoplastique de leurs muqueuses utérines.

Nous regrettons de ne pouvoir fournir de renseignements sur la modalité des accouchements chez les femmes du groupe III. Nous pouvons combler. dans une certaine mesure, cette lacune en reproduisant ici la description donnée par M. Freund et M. von den Velden de l'accouchement des femmes atteintes d'infantilisme: „la première période de l'accouchement" disent ces auteurs „est laborieuse et d'une durée très longue; dans la deuxième période les contractions sont trop faibles et dans la troisième on assiste souvent à une rétention du placenta en arrière de l'orifice interne contracté trop tôt".

c) Les qualités évolutives.

L'âge de puberté.

Quoique l'âge de puberté dépende du climat, de la race et d'autres circonstances diverses. nous n'avons pas cru devoir grouper séparément nos sujets en tenant compte de ces conditions particulières. En effet, la proportion de femmes juives et ariennes se trouve être égale dans les trois groupes. Il est certain pareillement que la constitution détermine l'âge de puberté. Voici le tableau:

	Groupe I	Groupe II	Groupe III
Age: 10 ans	0%	0%	0·6%
„ 11 „	4·2%	1·2%	0·6 „
„ 12 „	8·35%	6·3 „	5·2 „
„ 13 „	33·35 „	19·6 „	12·1 „
„ 14 „	29·2 „	30·3 „	21·4 „
„ 15 „	8·35 „	17·3 „	19·7 „
„ 16 „	12·55 „	13 „	16·8 „
„ 17 „	0 „	7·4 „	12·7 „
„ 18 „	4·2 „	3·1 „	5·7 „
„ 19 „	0 „	1·2 „	2·3 „
„ 20 „ ou plus	0 „	0·4 „	2·9 „

On voit que, jusqu'à quatorze ans, 75·1% des personnes du groupe I ont commencé leurs règles, tandis que, dans le groupe II, le nombre correspondant est de 57·4% et dans le groupe III seulement de 39·8%. Dans la seconde partie du tableau (de seize à vingt ans), nous voyons que la proportion est inverse, soit, pour le groupe I: 4·2%, pour le groupe II: 12·1%, pour le groupe III: 23·6%.

Notre clientèle ne nous a pas permis d'arriver jusqu'à présent à des résultats qui seraient à l'abri du doute sur l'âge de la ménopause. Sur 455 femmes prises en observation, seulement 35 avaient atteint cet âge. Nous croyons cependant que les femmes des deux premiers groupes passent dans cette période par une crise fort désagréable, ainsi que nous l'ont attesté vingt deux femmes sur vingt-huit interrogées à ce sujet. Au contraire, les femmes du groupe III traversent la même époque pour ainsi dire sans s'en apercevoir (sept sur sept). Convient il d'attribuer cette correspondance au hasard? la cause n'en serait-elle pas plutôt que l'ovaire, n'ayant jamais joué de rôle fondamental chez les femmes du groupe III, pourrait cesser de fonctionner sans troubler profondément le concert du système des glandes à sécrétion interne?

IV.

Au début de notre travail, nous avons séparé la question de la „*libido sexualis*" de celle de la constitution des organes génitaux. Voici maintenant quelques données numériques. Elles ne portent que sur 376 observations; l'impossibilité où nous nous trouvions d'interroger à ce sujet toutes les personnes ne nous a pas permis de recueillir de plus amples renseignements.

Libido	Groupe I	Groupe II	Groupe III
intense	22·2%	17%	33·8%
moyenne	38·9 „	45 „	37·1 „
faible ou nulle	38·9 „	38 „	29·1 „

Ces données numériques ne nous permettent pas d'affirmer d'une manière positive que la libido forte soit le caractère dominant du groupe III. Cette conclusion nous paraît cependant vraisemblable, en sorte que nos observations pourraient bien confirmer celles de Krafft-Ebbing d'après lesquelles la libido pathologiquement

intense serait un stigmate de dégénérescence. En tous cas, elles nous conduisent à rejeter les conclusions de M. Loewenfeld; d'après ce savant, en effet, l'intensité de la libido dépendrait non pas de la constitution des organes génitaux, mais de celle du système nerveux, en particulier de celle du centre de l'excitation sexuelle. Or ce centre réagit à toute sorte d'excitation. Mais même en admettant que l'excitation ne se produise que par l'action des organes génitaux, on ne serait pas en droit d'en conclure que l'intensité de la libido se modifiasse parallèlement à celle de l'excitation. Autant dire, par exemple, que l'intensité d'une explosion de dynamite ne dépend pas tant de la quantité de la substance explosive que de la puissance de la cartouche destinée à la faire éclater. En ce qui concerne l'orgasme, nos observations nous conduisent à constater que les différences que présentent les trois groupes sous le rapport de la fréquence sont tout à fait négligeables.

V.

La méthode expérimentale qui consiste à étudier l'énergie fonctionnelle d'un organe ou d'un appareil est évidemment celle que l'on doit adopter dès que l'on peut l'appliquer. Rappelons les travaux de M. Ottomar Rosenbach à ce sujet et le nombre considérable d'expériences entreprises sur le coeur, le foie, les reins, le système nerveux etc.

Peut-on appliquer cette méthode à ce qui fait l'objet de nos recherches? Des expériences de laboratoire ne peuvent pas évidemment être entreprises sur les organes génitaux, mais la nature se charge de nous fournir à ce sujet des données précieuses; ces expériences, les phénomènes pathologiques, autant que les phénomènes physiologiques, les réalisent sous nos yeux. Entre les fonctions physiologiques des organes génitaux et les agents pathogènes qui tendent à annihiler ces fonctions, s'engage une lutte incessante. La pathologie connaît en effet un nombre assez considérable de maladies qui manifestent une pareille tendance. Dans le groupe d'abord des maladies infectieuses: la tuberculose, la syphilis, le typhus, la rougeole, la fièvre scarlatineuse, la petite vérole, la malaria, le choléra, l'influenza, la diphthérie, la pneumonie et en général les maladies septiques. Dans celui des maladies des glandes à sécrétion interne: le myxoedème, la maladie de Basedow, l'acromégalie, la dystrophie génito-adipeuse, la maladie d'Addison; parmi les maladies diathé-

siques: le diabète et l'obésité; parmi les maladies du sang: la chlorose; les empoisonnements chroniques par la morphine et la cocaïne; le tabès et la sclérose en plaques; parmi les maladies mentales: toutes les formes de la dépression. la démence précoce, surtout sous la forme catatonique; parmi les autres maladies: les néoplasmes avec l'état cachectique etc.

Au nombre de ces maladies, il y en a certaines, comme la catatonie, l'acromégalie et la dystrophie génito-adipeuse, qui ont pour résultat d'abolir d'une manière générale les fonctions génitales de la femme. D'autres, au contraire. comme la malaria, la syphilis. la sclérose en plaques, n'inhibent que rarement les mêmes fonctions. Mais l'action de ces maladies ne peut cependant nous fournir aucun renseignement positif sur la constitution des organes génitaux. Les premières parmi les maladies en question exercent en effet une action trop énergique et les secondes une action trop faible sur les fonctions physiologiques des organes génitaux. Quant aux autres affections, on peut, sous certaines réserves, les interpréter comme signes diagnostiques de la constitution génitale. Les constitutions fortes résistent à leur action, tandis que les constitutions faibles les subissent; les fonctions génitales s'éteignent sous leur action. Les réserves à observer concernent l'âge du sujet et l'intensité de la maladie, les fonctions s'abolissant plus facilement chez une personne approchant de l'âge climactérique. Voici d'ailleurs quelles sont les questions qu'il importe en tous les cas de considérer: l'ovaire n'a-t-il pas subi une destruction plus ou moins complète du fait de la maladie. Dans la pratique, c'est à l'obésité exogène qu'il faut demander l'indice diagnostique le plus précieux.

Mais un document bien plus important est celui de l'existence des règles pendant la lactation. Trois cas sont à envisager: 1° persistance des règles pendant toute la lactation; 2° réapparition des règles après un temps plus ou moins long, mais cependant encore durant la lactation; 3° suppression complète de la menstruation pendant la durée totale de la lactation. Ce dernier cas est considéré comme normal par plusieurs auteurs qui d'ailleurs ne citent aucune donnée numérique à l'appui de cette opinion. Un certain nombre de médecins français, entre autres M. Tarnier et M. Budin, considèrent au contraire que la réapparition de la menstruation durant la lactation n'est pas un phénomène anormal. M. Ossian Sundin cite un fait très intéressant: les primipares

seraient bien plus souvent réglées pendant la lactation que les multipares; c'est ce que cet auteur démontre à l'aide des observations suivantes:

Sur 76 cas de primipares. on a observé 56 cas de règles et 20 cas d'aménorrhée.

Sur 52 cas de 3ᵗⁱ-pares, on a observé 27 cas de règles et 25 cas d'aménorrhée.

Sur 41 cas de 4ᵗⁱ-pares, on a observé 17 cas de règles et 24 cas d'aménorrhée.

Il faut observer cependant que, vraisemblablement, les quartipares étaient plus âgées en moyenne que les primipares.

Voyons comment ces résultats pourraient s'interpréter dans notre ordre d'idées.

Nous divisons en quatre groupes l'ensemble de femmes sur lesquelles portent nos observations:

1) Femmes chez lesquelles l'apparition des règles s'est produite comme s'il n'y avait pas de lactation, c'est-à-dire vers la sixième semaine après l'accouchement. Nous avons trouvé 24·9°/₀ de sujets rentrant dans ce groupe.

2) Femmes chez lesquelles l'apparition des règles s'est produite dans la première moitié de la lactation, c'est-à-dire du 3me au 5me mois après la parturition. Nous avons trouvé 19·8°/₀ de sujets rentrant dans ce groupe.

3) Femmes chez lesquelles l'apparition des règles s'est produite après une période de temps prolongée, mais pourtant avant le sevrage (18·6°/₀).

4) Femmes chez lesquelles il y a eu aménorrhée complète pendant toute la lactation et même quelquefois durant une certaine période de temps postérieure (36·7°/₀).

Voici comment ces résultats se répartissent parmi nos trois groupes:

	Groupe I	Groupe II	Groupe III
Menstruation pendant toute la lactation	90·9°/₀	20·7°/₀	2·3°/₀
Réapparition des règles dans la première moitié de la lactation	9·1 „	27 „	6·7 „
Réapparition des règles à la fin de de la lactation	0 „	23·4 „	16 „
Aménorrhée complète	0 „	28·9 „	75 „

Considérant les divergences très sensibles que présentent ces résultats, on est amené à conclure que la question: la réapparition des règles pendant la lactation est-elle un phénomène normal ou non? est dénuée de sens. Ce qui est évident c'est que l'aménorrhée est normale pour un type constitutionnel donné de femmes et la menstruation pour un type différent.

Cette expérience cruciale instituée par la nature nous permet d'établir le diagnostic de la constitution des organes génitaux aussi exactement que le ferait un clinicien, si la chose était possible à l'aide d'expériences de laboratoire.

VI.

Il nous faut essayer à contrôler nos résultats par une expérience instituée à rebours, pour ainsi dire. Elle nous permettra de prévenir une objection qui tout naturellement se présente à l'esprit. D'après celle-ci nous n'aurions fait que constater la présence ou l'absence des caractères déterminatifs de nos trois groupes, après avoir utilisé les mêmes caractères pour établir notre division en groupes. Indépendamment de cette division en groupes, nous avons donc cherché si l'on pouvait retrouver quelques corrélations de symptômes qui nous feraient retomber exactement sur les groupes adoptés.

Un premier contrôle nous a été fourni par:

1) l'aménorrhée durant la lactation et le retard du développement des jeunes filles; et comme contraste:

2) la menstruation pendant toute la durée de la lactation et le développement précoce.

Nous avons trouvé que 82% des femmes qui ont eu leurs règles pendant la lactation, se sont développées avant la 15e année. Par contre, 42% seulement de femmes qui avaient été aménorrhoiques pendant la lactation, se sont développées avant la 15me année. Nous en concluons que le développement précoce et la menstruation pendant la lactation sont en corrélation mutuelle, ainsi que le développement tardif et l'aménorrhée pendant l'allaitement.

Autre contrôle:

3) D'une part, l'aménorrhée pendant la lactation et l'oligoménorrhée d'autre part:

4) Menstruation pendant l'allaitement et règles abondantes.

Nous avons trouvé l'oligoménorrhée seulement dans 2% de cas chez les femmes qui avaient leurs règles pendant la lactation et dans 33% des cas chez les femmes qui se sont trouvées aménorrhoïques pendant l'allaitement. Par contre, 7·7% des sujets qui avaient été aménorrhoïques pendant la lactation ont eu d'habitude des règles abondantes, tandis que 43% des femmes réglées pendant l'allaitement ont présenté ce même état de règles.

Conclusion: l'aménorrhée pendant la lactation et l'oligoménorrhée sont des phénomènes corrélatifs, de même que les règles abondantes et la menstruation pendant la lactation.

Contrôle 5. Sur les 44 femmes qui nous ont affirmé avoir été réglées pendant la lactation, aucune n'a été sujette au phénomène du retard habituel des règles. Sur les 52 aménorrhoïques pendant l'allaitement, 18 (soit 34%) nous ont rapporté qu'elles étaient habituellement retardées. Nous en concluons que l'aménorrhée pendant la lactation et le retard habituel sont en corrélation directe entre eux.

6-me contrôle. La présence de formations pileuses anormales (type masculin) chez 57 sujets s'est trouvée corrélative d'un retard des règles habituel dans 61% des cas. Par contre, sur 388 femmes poilues de manière normale ou presque normale, nous n'avons observé que dans 28·6% des cas un retard de la menstruation; nous en concluons que les formations pileuses anormales et le retard de la menstruation sont des phénomènes directement corrélatifs.

7-me contrôle. Nous avons observé que, sur 53 femmes mariées présentant des formations pileuses anormales, 31, soit 58·3%, étaient inféconde. Par contre, sur 372 femmes mariées poilues de manière normale ou presque normale, 117, soit 31·4%, n'ont pas eu d'enfant. Conclusion: les formations pileuses anormales et l'infécondité sont des phénomènes corrélatifs.

8-me et dernier contrôle. Nos observations nous apprennent que les 22 femmes fécondes et qui présentaient des formations pileuses anormales ont eu ensemble 42 enfants, soit en moyenne 1·9. Par contre, pour les 255 femmes fécondes et normalement poilues, nous avons compté 907 enfants, soit en moyenne 3·6. Nous concluons que la quantité d'enfants mis au monde par une femme est corrélative de l'absence de formations pileuses anormales.

Quelle est l'explication plus approfondie de toutes ces corrélations? Serait-ce une maladie polysymptomatique ou bien tout sim-

plement la constitution des sujets? Pour nous en rendre compte, il faudrait constater une maladie (des ovaires naturellement) présentant des symptômes que nous venons d'énumérer comme phénomènes corrélatifs ou observer l'hérédité de quelques-uns de ces symptômes. Nous n'avons constaté aucune maladie de ce genre, il nous a donc fallu chercher du côté de l'hérédité. Encore faut-il ajouter que l'impossibilité de prouver dans certains cas que cette hérédité existe ne nous autorise pas à en nier l'importance puisqu'il nous est impossible de vérifier la chaîne complète des ascendants. Il suffira de noter l'hérédité des symptômes en question dans un certain nombre de cas et la démonstration sera achevée.

Le résumé de nos observations à ce sujet nous a conduits à constater que sont héréditaires: les formations pileuses anormales, la ménopause précoce, l'oligoménorrhée, le retard habituel des règles, le développement précoce et l'énergie très accentuée des fonctions génitales.

Si de l'hérédité de ces symptômes l'on rapproche leurs corrélations, il suffira de constater l'un d'eux pour conclure à l'état constitutionnel des autres.

VII.

Nous avons à analyser la question de savoir si la constitution des organes génitaux dépend de celle de l'organisme dont elle fait partie; et dans quelle mesure cette dépendance peut-elle se constater.

L'infantilisme est assurément l'état constitutionnel le plus rapproché du type du groupe III. Or nous n'avons observé l'infantilisme morphologique des organes génitaux que dans 78 cas sur 177 sujets appartenant à ce groupe. Et nous n'avons encore pu constater que onze cas tout-à-fait caractéristiques d'infantilisme général du type Lorain; nous n'envisageons pas ici l'infantilisme du type Brissaud que nous considérons plutôt comme un état maladif.

Nous nous sommes également demandé quelle relation il pouvait y avoir entre l'état d'asthénie générale au sens de M. Stiller et les femmes du groupe III. Une première observation nous a renseigné que, contrairement à l'opinion de M. Mathes, il n'y avait point de relation (en général) entre l'infantilisme et l'asthénie générale. Et, d'autre part, sur les 23 sujets présentant tous les stygmates de l'asthénie générale, nous n'en n'avons constaté que 8 appartenant au groupe III et 15 au contraire qui appartenaient au

groupe II. En dehors de ces 23 cas, nous en avons encore compté 42 qui présentaient plusieurs symptômes de l'asthénie, ce qui élève notre total à 65 sur lesquels 39 ressortissent du groupe II (soit 14·7%) et 26 au groupe III (soit exactement le même taux 14·7). Nous n'avons donc qu'à conclure que, s'il peut se faire que dans certains cas l'asthénie et l'infantilisme se rencontrent chez le même individu, cette coïncidence n'est nullement générale. Tâchons de déterminer la relation qui pourrait exister entre l'état thymo-lymphatique (Paltauf), l'état hypoplastique (Bartel) et l'état constitutionnel des organes génitaux. Remarquons d'abord que le diagnostic *in vivo* de ces états est assez délicat. Nous n'avons constaté que deux cas essentiellement caractéristiques, appartenant d'ailleurs au groupe III. Nous avons soupçonné cet état dans 24 cas, dont 19 rentraient dans le groupe III. Ainsi ces deux états qui sont liés à l'hypoplasie de l'appareil folliculaire de l'ovaire, comme l'ont bien montré les recherches anatomo-pathologiques de M. Bartel et de M. Herrmann, doivent, comme on l'imagine aisément, aussi se retrouver d'une manière certaine dans le type du groupe III.

VIII.

C'est un fait dont l'histoire nous fournit maint exemple que l'état constitutionnel détermine un nombre considérable de maladies. Dans la bibliographie si bien étudiée par M. Bauer (voir le livre qu'il a publié récemment), on constate, en ce qui concerne la pathologie obstétricale, que la tendance aux fausses couches, aux accouchements laborieux, à la stérilité consécutive au premier accouchement, aux grossesses multiples et extrautérines, s'associe souvent à l'état constitutionnel des organes génitaux. Une association semblable s'observe dans la pathologie gynécologique pour l'aménorrhée, l'oligoménorrhée, la dysménorrhée, pour certaines ménorrhagies, pour la stérilité, le coït douloureux, la rétroflexion et le prolapsus de la matrice, certaines inflammations des annexes, la paramétrite atrophiante et les myomes. En ce qui concerne ces derniers, M. Bauer assure que leur développement est corrélatif d'une certaine tendance des organes génitaux à l'infantilisme.

Assurément, les données numériques dont nous disposons et qui se rapportent aux différentes maladies énumérées tout à l'heure sont insuffisantes pour arriver à un jugement sûr et définitif. Elles permettent cependant de se faire une opinion suffisamment fondée.

Ainsi nous tombons pleinement d'accord avec M. Freund et M. Bauer pour ce qui regarde la gonorrhée. En effet, nous avons observé que nos malades du groupe III présentaient l'infection ascendante bien plus fréquemment que celles des groupes I et II (50$^0/_0$ vis-à-vis de 18·2$^0/_0$).

Nous avons été fort surpris, au contraire, en dressant nos tableaux d'arriver à des résultats tout à fait opposés à ceux que les auteurs cités ont trouvés en ce qui concerne les myomes. Nous avons trouvé, en effet, 6 cas dans le groupe III. 28 dans le groupe II, ce qui fait 3·4$^0/_0$ dans le groupe III et 10$^0/_0$ dans le groupe II. Si ces résultats autorisaient une conclusion positive, il faudrait affirmer que ce n'est ni l'infantilisme ni même la faiblesse de constitution qui sont corrélatifs du développement des myomes mais au contraire l'existence d'une constitution forte. Observation vraiment paradoxale! Car c'est un fait bien connu en Gynécologie que les myomes s'observent le plus souvent chez les femmes qui n'ont pas eu d'enfants, ou qui n'en ont eu qu'un très petit nombre. Et cependant ce sont précisément les femmes du groupe III qui sont si souvent stériles ou bien ont peu d'enfants. Cherchons une explication. Une remarque préliminaire s'impose, c'est qu'il existe des femmes, à constitution génitale normale, qui n'ont pas eu ou qui n'ont eu qu'un très petit nombre d'enfants et cela pour des raisons diverses (virginité, impuissance maritale, infections au début du mariage, abstention etc.). Mais ce sont précisément les mêmes femmes qui, ainsi que nous l'avons vu, constituent le contingent le plus considérable des myomateuses.

Donnons quelques nombres. Sur 249 femmes qui avaient eu des enfants et qui appartenaient aux groupes II et III, 17 seulement (soit 6·8$^0/_0$) étaient atteintes de myomes. Par contre, sur 186 femmes des mêmes groupes, femmes qui n'avaient pas eu d'enfants, nous avons rencontré 19 cas de myomes, soit 10·2$^0/_0$.

Considérée dans ses rapports avec l'état constitutionnel, l'existence des myomes nous a conduit d'autre part aux résultats suivants.

Sur 68 femmes du groupe II, femmes qui n'avaient pas eu d'enfants (60 femmes mariées et 8 vierges), nous avons trouvé 14 sujets (12 mariées et 2 vierges) atteints de myomes; ce qui donne le pourcent surprenant de 20·5$^0/_0$.

Dans le groupe III, sur 118 femmes sans enfant (102 mariées

et 16 vierges) nous n'avons rencontré que 5 sujets (4 mariées et une vierge), soit 4·2%, atteints de myomes.

La différence des taux 20·5 et 4·2 est, comme on le voit, des plus marquées.

Occupons-nous maintenant des femmes qui ont été mères.

Dans le groupe II, sur 190 mères, 14 (soit 7·4%) ont eu des myomes, dans le groupe III, sur 59 mères, 3 (soit 5%) étaient myomateuses. La différence est moindre ici mais elle est tout de même encore fort nette.

Quant au nombre d'enfants mis au monde par ces femmes destinées à devenir myomateuses, nous voyons qu'il est plus faible que pour les autres femmes du même groupe. Les 14 mères du groupe II ont eu au total 29 enfants, soit une moyenne de 2 enfants tandis que, dans ce même groupe, cette moyenne s'est élevée à 3·6 pour les autres femmes. Dans le groupe III, nos trois mères n'ont eu chacune qu'un enfant et les autres du même groupe une moyenne de 3.

Nous concluons par conséquent que la pathogénie du myome paraît être liée à la présence de deux facteurs plutôt contradictoires à savoir: constitution forte des organes génitaux d'une part et, d'autre part, absence ou rareté d'état gravide. Ce second facteur agissant seul pendant une période assez longue suffit, comme on le constate chaque jour, pour favoriser la formation de myomes. C'est là d'ailleurs l'explication de la présence de cette maladie chez les femmes du groupe III. Mais dans ce cas, l'apparition du néoplasme a lieu beaucoup plus tard que chez les femmes à constitution forte. Ceci confirme au surplus l'opinion de M. Sellheim d'après laquelle l'existence de myomes serait corrélative de l'inactivité reproductrice de l'utérus. Nous ajouterons seulement qu'à notre avis, la présence de myomes est en effet corrélative de l'inactivité reproductrice de l'utérus mais en particulier de l'utérus dont l'énergie reproductrice est très grande.

Quels sont les enseignements pratiques qui résultent de la présente étude? Actuellement nos connaissances à ce sujet sont à leurs débuts. Pourtant il apparaît nettement que, chez une femme à constitution faible, il convienne de proscrire complètement, ou du moins de bonne-heure, l'allaitement naturel. La même conduite est à tenir,

et même avec plus d'assurance, si la femme se trouve à une période peu éloignée de la ménopause.

L'état de la constitution nous fournit en outre des indications précieuses sur la prophylaxie et le traitement des myomes; en effet, dans les conditions que nous avons précisées, les femmes des groupes I et II sont surtout enclines à ce néoplasme. C'est pourquoi ces sujets devraient être gravides (à notre avis) tous les 5 ou 6 ans.

Des indications fort utiles nous sont encore fournies pour le traitement si délicat de la gonorrhée. A cause de l'ascendance, qui est si grandement facilitée chez les femmes du groupe III, nous avons été amenés à leur prescrire un traitement des plus rigoureux.

En ce qui concerne enfin l'obésité, nous recommandons aux femmes du groupe III des cures destinées à faire disparaître une partie du tissu graisseux, car nous avons remarqué que l'oligoménorrhée, l'aménorrhée et même la sterilité résultent chez les femmes de ce groupe de l'adiposité, ainsi que nous l'avons remarqué au cours de ce travail.

Nous n'ignorons pas que les études dont nous avons donné ici un rapide aperçu sont encore à leurs débuts. Nous croyons cependant qu'elles ne seront pas sans rendre de précieux services aux praticiens qui voudront bien les prendre en considération. Dans tous les cas, nous sommes assuré qu'elles favoriseront les progrès de la maternité, but constant et dernier pour la conscience professionnelle du gynécologue.

BULLETIN INTERNATIONAL
DE L'ACADÉMIE DES SCIENCES DE CRACOVIE
CLASSE DES SCIENCES MATHÉMATIQUES ET NATURELLES.
SÉRIE *B*: SCIENCES NATURELLES.

DERNIERS MÉMOIRES PARUS.

(Les titres des Mémoires sont donnés en abrégé).

L. Popielski. Physiologische Eigenschaften d. β-Imidazolyläthylamins . . . Nov.—Déc. 1916

A. Beck. Über doppelsinnige Nervenleitung . . . Janv.—Mars 1917

J. Lilpop. Mikroskopisch-anatomische Untersuchungen der Mineralkohlen . . . Janv.—Mars 1917

J. M. Dobrowolski. Einfluß der Blätter auf die Richtung der Internodien . . . Janv.—Mars 1917

L. Kaufman. Metamorphosis of Amblystoma' . . . Janv.—Mars 1917

S. Kopeć. Experiments on metamorphosis of insects' . . . Janv.—Mars 1917

J. Jarosz. Fauna des Kohlenkalks. Brachiopoden, II. Teil . Janv.—Mars 1917

E. Godlewski. Kernplasmarelation bei der Eireifung und in den ersten Entwickelungsphasen der Echinodermenkeime Avril—Juin 1917

J. Wołoszyńska. Neue Peridineen-Arten, nebst Bemerkungen über den Bau der Hülle bei Gymno- und Glenodinium Avril—Juin 1917

J. Wołoszyńska. Beitrag z. Kenntnis d. Algenflora Litauens Avril—Juin 1917

J. Kinel. Das Weibchen von Grammoptera ingrica Baeckman Avril—Juin 1917

J. Zaćwilichowski. Die Entwicklung der Lymphherzen beim Molch (*Molge vulgaris* L.) . . . Avril—Juin 1917

S. Małaczyńska. Untersuchungen über den Bau und die Entwicklung der Hautdrüsen des Flußkrebses . . . Juillet 1917

E. Janczewski. Mouvements des grains d'amidon dit statolithique Juillet 1917

K. Rouppert. Über Umwandlung der Scheide in ein Laubblatt bei Philodendron squamiferum . . . Juillet 1917

L. Popielski. β-Imidazolyläthylamin und die Organextrakte . . Juillet 1917

Sz. Wierdak. Über epiphylle Infloreszenzensprosse bei Siegesbeckia orientalis L. . . . Juillet 1917

F. Terlikowski. Über den Einfluß von OH'- und H·-Ionen auf die Entwickelung des Wurzelsystems des Weizens . . . Juillet 1917

M. Siedlecki. Der Fallschirmflug einiger Insekten . . . . Oct.—Déc. 1917

T. Kleczkowski. Experimentelle Untersuchungen über photodynamische Wirkung des Lichtes auf das Auge . . Janv.—Mars 1918

L. Kaufman. Researches on the artificial metamorphosis of Axolotls . . . Janv.—Mars 1918

H. Gajewska. Zytologisches Studium über den Dotterkern . Janv.—Mars 1918

Avis.

Le *«Bulletin International»* de l'Académie des Sciences de Cracovie (Classe des Sciences Mathématiques et Naturelles) paraît en deux séries: la première (*A*) est consacrée aux travaux sur les Mathématiques, l'Astronomie la Physique, la Chimie, la Minéralogie, la Géologie etc. La seconde série (*B*) contient les travaux qui se rapportent aux Sciences Biologiques. Les abonnements sont annuels et partent de janvier. Prix pour un an (dix numéros): Série *A* ... 8 K; Série *B* ... 10 K

Les livraisons du *«Bulletin International»* se vendent aussi séparément.

Adresser les demandes à la Librairie «G. Gebethner & Cie»
Rynek Gł., Cracovie (Pologne).